

MODULO DI DOMANDA

Oggetto: ASL Nuoro - disponibilità incarico di sostituzione di Medicina Specialistica Ambulatoriale - art. 36 dell'ACN 04.04.2024 (comunicazione disponibilità entro e non oltre il 27/07/2025)

I sottoscritt_ Dott./Dott.ssa _____ nat_ a _____
il _____ residente a _____ CAP _____ in Via _____ n. ____ tel. _____
cell. _____ e-mail _____ PEC _____
recapito postale in _____ CAP _____ via _____ n° _____

DICHIARA

di dare la **disponibilità all'incarico di sostituzione** (art. 36 dell'ACN 04.04.2024), nella **branca di Oculistica, per n. 9 ore settimanali, ambulatoriali, anche frazionate**, di cui n. 4 ore settimanali presso il Poliambulatorio di Siniscola, n. 3 ore settimanali presso la Casa Circondariale Badu 'e Carros e n. 2 ore settimanali presso la Casa di Reclusione Mamone, della ASL Nuoro, con decorrenza **dal 29.07.2025 al 15.09.2025** e in ogni caso fino al rientro del titolare assente, come di seguito riportato:

BRANCA	SEDE	ORE DI INCARICO/TIPOLOGIA ATTIVITA'	GIORNI	ORARIO MATTINA	ORARIO POMERIGGIO
OCULISTICA	Poliambulatorio di Siniscola	4 h attività ambulatoriale	Lunedì	–	14.00 – 18.00
	Casa Circondariale Badu 'e Carros	3 h attività ambulatoriale	Martedì	09.00 – 12.00	–
	Casa di Reclusione Mamone	2 h attività ambulatoriale	Martedì	–	15.00 – 17.00

- ☐ Di prendere atto che l'incarico di sostituzione sarà regolamentato dall'ACN 04/04/2024 e che la sostituzione ha durata pari all'assenza del titolare, cessa di diritto e con effetto immediato al rientro del titolare stesso;
- ☐ Di non essere in posizione di incompatibilità ai sensi dell'ACN 04.04.2024;
- ☐ Di risolvere eventuali cause di incompatibilità all'atto dell'assegnazione dell'incarico;
- ☐ Di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di incarichi di specialistica ambulatoriale, ai sensi dell'ACN 2024;
- ☐ Di essere iscritto/a nella graduatoria definitiva per la specialistica ambulatoriale, per l'annualità in corso, nell'ambito del Comitato Consultivo Zonale di Nuoro (art. 19 c. 10 e/o c. 12 ACN 2024) nella branca di _____;
- ☐ Di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di _____;
- ☐ Di essere Medico in possesso della specializzazione in _____, di aver conseguito il titolo di specializzazione in data _____ e il titolo di Laurea in Medicina e Chirurgia in data _____ presso _____;

Data _____

Firma
